

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 20 juillet 1883, à 1 heure

Par **PIERRE-LOUIS LADMIRAL**

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 1^{er} mars 1852.

SUR UN CAS D'AMPUTATION CONGÉNITALE

Président : M. VERNEUIL, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur,
 { POZZI, RENDU, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 52

1883

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

342

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 20 juillet 1883, à 1 heure

Par **PIERRE-LOUIS LADMIRAL**

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 1^{er} mars 1852.

SUR UN CAS D'AMPUTATION CONGÉNITALE

Président : M. VERNEUIL, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur,
POZZI, RENDU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 52

1883

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.	GUYON.
	DUPLAY
Anatomie pathologique.	CORNIL
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses	RICHEL.
	GOSSELIN.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeurs honoraires.

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GRANCHER	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOCQUILLON	HALLOPEAU	MARCHAND	REMY
BOUILLY	HANRIOT	MONOD	RENDU
BUDIN	HENNINGER	OLLIVIER	RICHELOT
BOURGOIN	HUMBERT	PEYROT	RICHEL
CADIAT	JOFFROY	PINARD	STRAUS
DEBOVE	LANDOUZY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	DE LANESSAN	RAYMOND	TROISIER
GAY			

Chef des travaux anatomiques.

M. FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A. LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

A MON PREMIER MAÎTRE

M. LE DOCTEUR RIGAL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Necker

A M. LE DOCTEUR ALFRED JEAN

Ancien chef de clinique à la Faculté

SUR UN CAS

D'AMPUTATION CONGÉNITALE

En venant bien tard publier l'observation d'une maladie étrange et rare, nous ne pourrions apporter qu'un faible tribut à une partie de la pathologie qu'un certain nombre considère exclusivement depuis moins de vingt ans, comme le triste apanage de la race nègre, mais que d'autres avant eux ou plus récemment, ont cru voir en France ou décrire en Europe sous une autre dénomination.

Nous nous sommes efforcé de lire ce qui pouvait avoir trait à notre sujet, afin de le mieux connaître et d'être en mesure de mieux exprimer une opinion. C'est après avoir pris connaissance d'un certain nombre de monographies qu'il nous a semblé intéressant de ne pas nous renfermer dans un cadre trop restreint, mais d'étudier, bien que paraissant éloignées au premier abord, certaines manifestations morbides très analogues, à notre avis, pour ne pas dire identiques : je veux parler de l'aïnhum et de quelques sclérodermies.

Nous serons amplement dédommagé de nos peines, si nos longues recherches et notre modeste travail sont un

argument auprès de nos juges et leur fournissent une preuve de notre bon vouloir.

Je prie M. le professeur Verneuil d'accepter mes sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il a accepté la présidence de cette thèse.

A notre cher maître M. Paul Reclus, professeur agrégé de cette Faculté, nous devons ici un témoignage de vive reconnaissance tant pour les conseils qu'il nous a donnés au sujet d'une tâche quelque peu aride, que pour les bienfaits dont il n'a cessé de nous combler durant le cours de nos études.

AINHUM

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire ou pour un motif d'intérêt, mais un homme qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

(LA BRUYÈRE).

HISTORIQUE

L'étude de l'historique dont l'utilité est acceptée par tous, a surtout son importance lorsqu'il s'agit d'une affection peu connue ou assez rare pour qu'un praticien occupé n'en rencontre que deux ou trois cas, durant le parcours d'une longue carrière. Il semble en résulter, qu'il n'y a pas de maladies nouvelles, qu'on peut les observer de tout temps, que chacune a son heure et qu'un auteur plus heureux arrive à les classer, attirant alors l'attention des autres sur ce qu'il a remarqué. Les étapes sont quelquefois longues, mais quoi qu'il en soit, on peut toujours tirer profit des efforts de ses devanciers, alors même que la pensée s'éloigne de leur manière de voir ou qu'elle cherche à généraliser davantage.

L'aïnhum que l'on devrait écrire « *aïnhoum* » est un terme vulgaire dont se servent les nègres Nagôs du golfe de Guinée pour désigner une affection bizarre se localisant

sur les orteils, que devait observer et faire connaître le docteur da Silva-Lima de Bahia (Brésil).

En 1867, la *Gazeta medica di Bahia* d'abord (anno I, n° 13, p. 146), et la *Medica gazeta de Lisboa* ensuite (n°s du 28 juin, du 13 et 28 juillet) contenaient un article appelé à faire sensation parmi le monde médical, le nom de Wucherer s'ajoutait à celui de da Silva et les travaux du premier complétaient les observations du second.

On doit au D^r Le Roy de Méricourt (*Archives de méd. nav.* 1867, t. 8, p. 206-216 et 228-238), une traduction française de cet excellent mémoire.

Le retentissement qu'obtint à cette époque le récit du D^r da Silva, l'étrange affection qui en faisait le sujet et l'absence absolue de notions étiologiques acceptables, engagèrent quelques mois après le D^r Hermann Weber à soumettre la question à la Société pathologique de Londres (*transact. of London, sec. Pathology*, vol. 18, p. 277).

Toujours en 1867, le D^r Collas, médecin en chef de la marine à Pondichéry, observait (*Arch. méd. nav.*, t. 8, p. 357-368), chez les Hindous ce qui venait d'être vu au Brésil quelques mois auparavant, mais ici déjà, divergence d'opinions et l'aïnhum de da Silva devenait une forme de lèpre dactylienne, la forme amputante.

Quatre années se passent, avant que le D^r J. Rochard partageant l'avis de son collègue sur la nature étiologique du mal, ne vienne brièvement du reste écrire quelques réflexions sur la maladie dite aïnhum (*Arch. méd. nav.*, t. 15, p. 257-344).

Les Archives de Virchow (1872, p. 374), renferment une note de laquelle devait s'inspirer le D^r Menzel, car

dans son compte rendu, il tente un rapprochement de sa dactylolyse spontanée avec l'aïnhum.

L'année suivante, le Dr Tilbury Fox donne asile dans sa *Pathologie des maladies de la peau* (3^e édition, p. 312) à l'entité morbide dont nous retraçons l'histoire.

Depuis cette époque, les écrits des docteurs Despetis, Corre, Bourel-Roncière, ceux de Pereira Guimaraès et Moncorvo de Figueiredo de Rio ont contribué à cette étude. Jusqu'en 1876 le petit orteil seul est atteint, c'est ce qu'avait enseigné da Silva et les autres après lui, mais Martius Costa de Rio, da Silva Lopès, de Campinas, Corre, Pereira Guimaraès protestent contre cette localisation systématique et montrent d'une façon indéniable que l'affection peut occuper le quatrième ou même s'étendre d'avantage.

Malgré les nombreux travaux qui se succèdent dans la suite, tant en France qu'à l'étranger, les articles et les observations très remarquables de MM. Rochefort, Rochard, Guyot, Lannelongue, Fontan, etc., la lettre adressée en mai 1879 à l'éditeur de *The Lancet* par le Dr Potoppidam de Saint-Thomas (Indes Occidentales) et deux pièces expédiées à la *Pathological Society of London* par da Silva de Bahia en décembre de la même année, la question est encore en litige, elle reste pendante et plusieurs opinions sont en présence.

Dernièrement, elle vient d'être reprise et présentée sous un jour tout nouveau par M. le Dr Paul Reclus (*Gaz. hebdomadaire*, 1^{er} juin 1883) à propos d'une petite malade qui a été l'occasion de cette thèse.

La plupart des auteurs que j'ai cités, attribuent à da

Silva Lima l'honneur d'avoir le premier parlé de l'aïnhum, mais je remarque, que presque tous se sont souvenus d'un travail bien antérieur. Quatre ans en effet avant le médecin brésilien, M. le professeur Verneuil commentait et appréciait longuement avec la science que chacun sait, un cas extraordinaire de la clientèle de Mirault d'Angers (*Gazet. hebdom. févri. 1863*). La maladie inconnue, unique dans ses symptômes, dans sa marche, avait des rapports si nombreux et si vrais avec celle que da Silva avait sous les yeux, que lui-même mit tous ses soins à la distinguer de ce qu'il décrivait pour la première fois ; il aurait réussi pour les uns, dans l'esprit des autres il n'a laissé que le doute et en tous cas un champ libre encore aujourd'hui pour de nouvelles recherches.

AMPUTATIONS CONGÉNITALES

Historique. — Sous la désignation d'amputations spontanées, depuis fort longtemps déjà, puisqu'il est facile d'en retrouver des traces dans les livres hippocratiques (*liber des articulis. sect. V*), les auteurs ont été frappés par les lésions que certains enfants présentaient à leur naissance, un doigt, un orteil, un membre même manquait et semblaient s'être séparés pendant la vie intra-utérine.

Ambroise Paré connaissait ces faits et il en rapporte deux exemples très curieux : « On a vu, depuis quelque temps en ça à Paris, vn homme sans bras, âgé de 40 ans ou environ, fort et robuste, lequel faisoit presque toutes les actions qu'un autre pouvoit faire de ses mains : à scauvoir avec son moignon d'espaule et la teste lançoit une coignée contre vne pièce de bois aussi ferme qu'un autre homme eust sceu faire avec ses bras.

Pareillement faisoit cliqueter vn fouet de charretier, il faisoit plusieurs autres actions ; et avec ses pieds, mangeoit, buvoit et iouoit aux cartes et aux dès.

Semblablement, de récente mémoire, on a vu à Paris vne femme sans bras qui tailloit, cousoit et faisoit plusieurs autres actions. » (édit. Malgaigne III, p. 23).

En 1812, Chaussier (discours prononcé à la Maternité) parle d'un fœtus de huit mois, sur lequel il avait observé un cas d'amputation congénitale du bras, la partie ampu-

tée avait été retrouvée avec le délivre et le moignon était complètement cicatrisé.

C'était à Montgomery (Dublin. *Journ. of. méd. science* mars et septembre 1832), que devait revenir l'honneur de signaler la cause la plus fréquente des amputations congénitales. Il montre que des brides pseudo-membraneuses en s'enroulant autour d'un ou plusieurs membres, peuvent arriver à les sectionner et Zagorski rapporte en 1834 dans les *Mémoires de l'Académie impériale* de Saint-Petersbourg (6 série, t. 3, p. 3-7), une première observation venant à l'appui de la théorie de Montgomery.

En 1852, Lecadre du Havre publie un mémoire, sur une monstruosité par défaut des extrémités abdominales (*Soc. de méd. du Havre* p. 161) ici, les amputations sont multiples, mais se présentent sous un aspect particulier de déformations.

Successivement le cas fameux d'Hillairet (*Mém. soci. biol.* 2^e série, t. 3, p. 117-118) dans lequel le cordon amène la décollation presque complète d'un fœtus de trois mois, la communication de Debout (*Mém. de la société de chirurg.* 1863) l'observation très importante pour nous du Dr Wenzen Grüber professeur d'anatomie à Saint-Petersbourg et dont nous avons trouvé la traduction dans les Archives de médecine (vol. II, p. 598-1869).

L'article de M. le professeur Duplay, amputations congénitales (*Dict. encycl. des scienc. méd.*), la thèse de M. Charpentier (1869 et plus récemment, le travail de M. Lannelongue. Amputations congénitales des auteurs (*Arch. de méd. nav.* janv. et février 1882) viennent compléter les données que la science possède sur ce point encore mal connu.

SCLÉRODERMIE

HISTORIQUE

La sclérodermie, dénomination due à Gintrac (*Revue méd. chirurg.* 1847) a été définie : une affection caractérisée principalement par l'induration et la rétraction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Les anciens semblent en avoir eu une idée vague, Hippocrate raconte (*des épidémies* — trad. Littré t. V, ch. IX) l'histoire d'un habitant d'Athènes qui avait la peau tellement dure qu'on ne pouvait la lui pincer, il fut guéri, dit-il, par des bains chauds, mais mourut d'hydropisie quelque temps après.

Galien (*de sanitate tuenda*, lib. III, cap. X) s'étend longuement sur les états morbides divers, qu'il désigne sous le nom de stegnose, (στεγνωσις) il reconnaît la maladie à la blancheur, à la dureté et à l'épaississement de la peau. Oribase, Aétius, Paul d'Egine ainsi que plusieurs autres auteurs grecs ou arabes ont suivi les traces du maître, reproduisant ses idées, seulement tout est obscur et on doit à la vérité de dire qu'il faut beaucoup de complaisance pour reconnaître dans leurs descriptions, ce qu'on peut lire ou mieux voir aujourd'hui.

De 1630 à 1710, Zacutus Lusitanus, Helvétius, Haller et d'autres encore observent une induration totale ou par-

tielle de la peau aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

La première observation bien authentique de sclérodémie, nous dit Ball (*Dict. encycl. des sci. méd.*, 3^e série, t. 7, p. 709) a été publiée en 1752 par Curzio, médecin de l'hôpital des Incurables à Naples : « une jeune fille de dix-sept ans, présentait un resserrement extrême et une dureté manifeste de toute l'enveloppe cutanée. La peau était dure et sèche comme du bois, les paupières ne pouvaient ni s'ouvrir ni se fermer complètement. »

« Dans notre siècle, Alibert (scrofule momie) Casanova (1820) Fantonetti s'occupent de ce sujet et Thirial en 1845, sous le nom de sclérème des adultes en donne une description régulière. Son œuvre fut peu appréciée alors, néanmoins, certains lui accordent la priorité de la découverte, tandis que d'autres la concèdent au professeur Forget de Strasbourg (1847). Ce dernier, convaincu que dans les cas de ce genre, la peau seule était malade, localise l'affection dans le chorion et l'appela chorionitis ou sclérosténose cutanée qui devait dépeindre l'état de dureté et d'étroitesse de la peau.

« Comme nous l'avons dit plus haut, Gintrac publiait quelques semaines après ses quatre observations de sclérodémie. »

L'entité morbide existait dès lors, chacun savait ce que l'on devait entendre par ce terme, mais les variétés devaient se faire jour plus tard.

Mirault d'Angers en 1863, faisait connaître de singulières altérations des extrémités digitales que Ball appelait *sclérodactylie*. Par suite des progrès du mal, un doigt

fut amputé et l'anatomie pathologique confiée à M. le professeur Verneuil.

Cette étude devait révéler des faits qui ont subsisté jusqu'à ce jour et que les défenseurs de l'aïnhum ont retrouvés à peu près identiques dans leurs recherches histologiques.

Depuis cette époque, plusieurs écrivains ont rattaché la sclérodermie à des troubles trophiques en en multipliant les formes, c'est ce que nous voulons indiquer en citant les noms de MM. Neumann, Horteloup, Kobnër, Lagrange, Hillairet et les leçons magistrales de MM. les professeurs Hardy et Charcot.

Je ne saurais mieux faire en terminant, que de citer M. Fontan, médecin de marine de première classe, qui propose (*Arch. de méd. navale*, t. 37, p. 210, 1882) de donner le nom de *sclérodermie circulaire* à une forme spéciale qui, sous une dénomination unique devrait comprendre des affections différentes au premier abord, mais similaires après examen, j'ai nommé l'aïnhum et les amputations congénitales et c'est ce que maintenant nous allons essayer de mettre en lumière.

Dans cet historique, un écueil était dangereux, celui de trop étendre un sujet aussi aride, et ce sera un éloge pour nous si on nous reproche d'avoir été trop bref.

AINHUM

La description complète de l'ainhum serait au-dessus de mes forces, elle a été faite de main de maître et ceux qui l'ont reprise après da Silva, avaient pour eux une grande expérience, d'excellentes observations et de plus une autorité devant laquelle je ne puis que m'incliner ; je me permettrai néanmoins quelques réflexions, ne pouvant admettre sans réserves que la maladie se localise absolument en un point unique et qu'elle ne frappe que les seules races colorées.

Je m'appuierai aussi sur les travaux antérieurs et après avoir donné le résumé de quelques cas curieux et récents, j'aborderai un autre ordre d'idées, les amputations spontanées et la sclérodermie. Nous verrons alors, s'il n'y a pas lieu de constater un lien de parenté entre ces affections.

Avant d'établir une comparaison, avant de parler de similitude, il est de toute nécessité de commencer par prendre connaissance des faits, de les observer, d'étudier leur siège, leurs symptômes, leur durée, leur nature, en un mot les lésions qui leur ont donné naissance et ce qu'ils deviendront plus tard.

La maladie est typique, toujours la même dans ses manifestations, nous dit da Silva et quelques lignes suffisent pour en donner une idée. Le mot ainhum lui-même indique ce qui frappe à première vue, il signifie *serrer* pour les indigènes qui l'emploient volontiers ; et en effet sur la

partie affectée, se montre un sillon constricteur semblable à celui d'une ligature portant sur des parties molles et fortement serrée. Par une étrange sélection, le cinquième orteil seul est malade, la race nègre et parmi ses rameaux les Africains sont atteints à l'exclusion des autres. Nous verrons plus loin ce qu'il est raisonnable de penser d'une localisation et d'une exception aussi dogmatique.

La dépression est d'abord légère, un peu moins que demi circulaire, occupant la face interne et inférieure de la racine du doigt pour coïncider exactement avec le sillon digito-plantaire. Dans la suite, l'étranglement se complète, le sillon se creuse de plus en plus, si bien que l'orteil peut se laisser tordre sur lui-même, mouvement dont le centre ne réside pas dans l'articulation métatarso-phalangienne, mais bien au fond même du sillon.

Avec cela, la peau reste lisse, pas de réaction générale, pas d'inflammation locale, ni douleurs vives ; après des années, le doigt finit par tomber après avoir été l'occasion d'une infirmité des plus gênante.

On ne connaît pas de traitement efficace, seule, l'amputation de l'orteil délivre le malade qui recouvre alors l'usage d'une marche longtemps interrompue par les souffrances qu'occasionne le contact du sol.

Dans cet aperçu qui renferme les idées principales de da Silva, l'étiologie de l'aïnhum est passée sous silence, le premier observateur ne se prononce pas. Il faut avouer que les arguments invoqués ont une médiocre valeur pour satisfaire la science.

Tous les écrivains sont d'accord sur un point, c'est la difficulté d'obtenir des renseignements de gens aussi peu

éclairés. L'ignorance et la dissimulation des habitants sont si grandes, que bien souvent les praticiens sont obligés de se conduire à leur égard comme les vétérinaires vis-à-vis d'un animal. Il semble résulter toutefois des quelques notions qu'on leur arrache avec peine que l'hérédité doit être prise en considération, et certaines familles paraissent frappées dans tous leurs représentants.

Les nègres jugeant souvent par analogie, sont portés à faire de leur mal, le résultat de la présence d'un parasite (filiaire, chique ou ver macaque) chose si fréquente chez eux. L'opinion des premiers auteurs n'est pas plus acceptable, ils incriminent la marche pieds nus sans remarquer que d'après quelques unes de leurs observations, les malades faisaient usage de chaussures.

Anatomie pathologique. — D'après Wucherer qui s'est occupé le premier de l'anatomie pathologique, non sans avoir eu connaissance de la publication de M. Verneuil en 1863, la maladie de l'orteil examinée au microscope, est une atrophie et une dégénérescence graisseuse par défaut de nutrition. Le volume occupé par le tissu adipeux sous-cutané se trouverait très-augmenté aux dépens des tendons, des os et autres tissus ; c'est à peine si à l'entour des vaisseaux sanguins, des traces de tissu conjonctif se rencontreraient encore. Les os seraient comme cariés, s'il existait du pus, mais on ne peut en rencontrer, ce n'est donc pas une carie véritable. Corre et avec lui Moncorvo de Figueiredo considérèrent l'aïnhum comme une sclérose linéaire faisant disparaître par compression la circulation digitale.

Les examens qui ont été faits depuis par Estor (de

Montpellier) Schuppel, Cornil ne diffèrent pas sensiblement de ceux déjà exposés.

Ce qu'il était surtout intéressant de connaître, c'était la structure du sillon lui-même. Cette étude avait été négligée ou plutôt, les observateurs n'avaient pas à leur disposition les éléments nécessaires. Les opérations qui étaient faites, ne livraient que des bouts de doigts et les ciseaux du chirurgien achevaient en le détruisant, l'œuvre commencée par l'étranglement.

Aujourd'hui, grâce aux envois de M. Guyot, M. Suchard du collège de France a pu constater les lésions dont voici une analyse : sur le pouce de Tekaninem (obs. IV) enfant de six semaines, existe le sillon classique, il a environ un millimètre de profondeur et occupe la face palmaire. On remarque un gros faisceau de tissu conjonctif traversant les couches profondes du derme ; plus épaisse au milieu, cette travée se continue sur les parties latérales sur lesquelles elle s'éteint insensiblement, elle n'est accompagnée ni de lésions nerveuses, ni de lésions vasculaires (*in progrès médical*, 7 mai 1881).

Il est facile de prévoir ce qu'il adviendra de cette bande fibreuse. Sa consistance va s'accroître de plus en plus, son tissu se resserrera à la manière d'une bride de cicatrice ; peu à peu les muscles seront comprimés, détruits, les nerfs céderont à cette ligature d'un nouveau genre, les vaisseaux seront oblitérés. Dès lors, le sillon va poursuivre son œuvre de destruction et partant plus de nutrition suffisante, plus de sensibilité ; les os s'altèrent, le doigt ou le membre se déforment, revêtent la consistance lipomateuse, c'est ce que les auteurs ont vu dans l'aïnhum ; c'est un

processus identique que nous constatons dans les amputations congénitales et la sclérodactylie, c'est celui qui est en train d'évoluer chez notre malade la petite Delapierre (obs. XIII).

Les deux cas du médecin de Bahia, sont rapportés par un certain nombre de ceux qui se sont occupés de la question, ils sont considérés comme un modèle type, un cadre en dehors duquel, l'aïnhum n'existerait pas, il n'est pas inutile je crois, de les résumer ici afin de les rapprocher de ceux que nous rapporterons plus loin.

OBSERVATION I (résumée de Da Silva).

Il s'agit d'un nègre africain de 30 ans, robuste et sain. Depuis plus d'un an, il disait avoir commencé à sentir dans le petit doigt du pied droit une douleur comme celle que produirait un ver qui lui rongerait l'os. Le doigt est considérablement augmenté de volume, il a changé de forme et ressemble à une petite patate. Cette augmentation de volume contraste avec la grosseur normale de la racine de l'orteil et encore plus avec la rigole ou le sillon circulaire profond, ulcéré, étroit et perpendiculaire à l'axe de l'orteil. Ce sillon forme la limite entre les téguments sains et les tissus malades...

L'excision du doigt est faite et en promenant l'extrémité du doigt sur la plaie, on ne sent aucun vestige d'os, cependant sa surface est déprimée et circonscrite par un bourrelet de téguments indurés, puis successivement et concentriquement par un autre bourrelet de tissus cicatriciels et une petite surface ulcérée. La portion de doigt qui reste à la forme d'un cône tronqué au sommet duquel est la plaie. Du côté gauche existe la même affection, également au petit doigt, mais le sillon situé au niveau du pli digito-plantaire n'est pas très profond, il se borne aux faces internes et externes, l'extrémité du doigt est augmentée de volume.

Par une coïncidence singulière et c'est par là que Da Silva termine sa première observation, un autre noir africain qui était chargé d'assister son compatriote au moment de l'opération, avait la même maladie, pour ainsi dire à mi-chemin, au petit doigt du pied droit. La dépression caractéristique était profonde au côté interne, l'augmentation de volume peu considérable, les autres doigts étaient sains.

OBSERVATION II (résumée de Da Silva).

Joaquim, esclave africain, robuste, jouit depuis des années d'une excellente santé. Il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Depuis deux ans, il souffre du petit doigt du pied droit; il avait mal à l'extrémité de l'orteil qui a augmenté de volume à mesure qu'un sillon quasi-circulaire qui s'était formé peu à peu au niveau du pli digito-plantaire, s'est creusé de plus en plus. Il y a trois ou quatre ans, il commença à souffrir de la même maladie au petit doigt du pied gauche, mais ajoute l'auteur, cette narration ne mérite guère de confiance tant est grande l'ignorance des esclaves. Quoi qu'il en soit, le petit doigt du pied droit a plus de deux fois le volume normal, sa forme est celle d'une petite patate ovoïde, il existe un sillon profond, circulaire au niveau du pli digito-plantaire. La marche étant considérablement gênée, l'opération est faite à quelque temps de là. La grande profondeur du sillon était une preuve de résorption de l'os. Comme dans l'observation précédente, même aspect de la plaie après l'excision, mêmes bourrelets de tissus cicatriciels. »

Telles sont, dans leurs parties essentielles, les deux premières observations d'aïnhum et ceux qui dans la suite relatent de nouveaux faits, s'appliquent à ne pas s'éloigner du type créé par Da Silva. Tout est de convention et décidé à l'avance dans leurs écrits; les nègres et les seuls africains sont frappés, l'enfance est à l'abri de tout danger,

elle est dédaignée par la maladie qui préfère l'âge adulte, de plus, l'affection ne saurait atteindre d'autres organes qu'une faible portion du pied, le cinquième orteil. N'y a-t-il pas lieu de dire avec M. Fontan, voilà certes une entité morbide, bien originale qui se cantonne dans le petit doigt d'une race, sans toucher aux doigts voisins, où les mêmes vaisseaux, les mêmes nerfs, les mêmes os et les mêmes téguments lui offrent le même terrain anatomique et physiologique (*in Archives de méd. nav.* t. 37, p. 178, 1882).

L'observation n'a pas tardé à faire justice du jugement porté par les Brésiliens. Collas retrouve d'abord l'aïnhum chez les Indous (rameau tamoul). Il assure (*loc. cit.*) avoir pratiqué trois fois l'amputation du petit orteil. « Le pédoncule osseux était si dur, dit-il, qu'il éclatait au lieu d'être coupé, c'est là un fait intéressant puisqu'il prouve que l'absorption de l'os phalangien n'est pas précédée de son ramollissement. » Il fait de ce qu'il voit une variété de lèpre dactylienne, (forme amputante) surtout chez Perissamy, hindou de trente ans, très sain et qu'il traite pendant quelque temps.

Corre, de son côté, soigne à l'hôpital de Nossi-Bé, un homme de 34 ans, métis de race malgache et de race cafre, dont le petit orteil droit était atteint de cette affection. Fontan observe à Toulon, en 1882, un Arabe dont je parlerai plus tard et qui présente un intérêt capital pour la thèse que nous soutenons. Guyot enfin, étudie l'aïnhum chez les néo-calédoniens et les micronésiens.

Lorsque nous aurons relaté dans un autre chapitre, le cas de Mirault d'Angers commenté par M. Verneuil, l'observation du cordonnier Bouton, celles fort remarquables

de Menzel, de Wensen Grüber de Saint-Petersbourg, les deux mémoires de M. Lannelongue, enfin l'histoire très curieuse de la petite fille que nous avons la bonne fortune de suivre en ce moment et dont le dessin paraîtra dans l'intéressant album que doit publier ce dernier chirurgien, nous serons je crois autorisé à penser :

1° Que l'affection n'est probablement pas inconnue en Europe comme le veulent les premiers observateurs et plusieurs autres avec eux.

2° Qu'elle n'y est ignorée seulement que sous le nom sauvage d'aïnhum, désignation parfaitement énigmatique pour un très grand nombre de médecins aussi éclairés qu'instruits.

Que dire maintenant de la non congénitalité de la maladie, car c'est encore un caractère invoqué par les brésiliens qui ne reconnaissent pas l'aïnhum chez l'enfant ? Que penser de sa localisation au cinquième orteil ? Il me suffira de résumer les quatre observations récentes encore de Guyot pour démontrer que de semblables assertions ne sont plus acceptables aujourd'hui.

OBSERVATION III (résumée de Guyot).

(*Loc. cit.*)

Simon, enfant canaque, né à l'île des Pins, est âgé de 2 ans, d'une constitution vigoureuse, sans antécédents douteux chez ses parents. Il présente au moment de sa naissance, une amputation spontanée des extrémités du médus, de l'annulaire et du troisième orteil droit, auquel il manque une phalange. Les moignons portent des cicatrices à peine constatables, non adhérentes aux os. Celle du médus est linéaire,

celle de l'annulaire rayonnée, du troisième orteil non apparente. L'extrémité inférieure de la phalangine du médus est légèrement déformée, un peu conique. Quant au troisième orteil tronqué, il offre à la face dorsale de la deuxième phalange une masse arrondie, molle, de consistance adipeuse faisant au-dessus de la racine de l'orteil une saillie prononcée. Au niveau de l'articulation de la première avec la dernière phalange, s'observe un rétrécissement relatif avec induration. Le deuxième orteil droit est complet, mais au niveau de l'interstice articulaire de la première avec la deuxième phalange, existe un sillon linéaire très marqué ayant une profondeur d'un demi-millimètre. Ce sillon a une consistance fibreuse et ressemble absolument à celui qu'aurait pu déterminer une forte constriction exercée par un lien, un gros fil à ligature par exemple. L'extrémité de l'orteil est le siège d'un gonflement appréciable. Au-dessus de la ligne d'étranglement, il n'y a rien d'anormal.

Dès la naissance, vers la base de la *phalangette de l'annulaire droit*, existe un étranglement circulaire déjà très profond. Aujourd'hui le travail morbide a continué et l'extrémité onguéale est presque détachée du doigt. Il ne reste de cette partie qu'une masse ovoïde, de la grosseur d'une olive. Le bout du doigt fort mobile est relié à la racine par un pédicule, qui est sectionné d'un coup de ciseau et qui est formé de substance fibreuse.

OBSERVATION IV (résumée du même).

Tekaninem, née à Maïna (îles Gilbert), de parents sains, a six semaines au moment de l'observation, mais meurt peu après de la diarrhée. — *Main droite*. Absence de la troisième phalange de l'auriculaire, cicatrice presque effacée. — *Main gauche*. Adhérence au niveau des articulations des phalangines avec les phalangettes entre l'index et le médus. Le pouce présente latéralement et à sa partie palmaire, un sillon très-profond absolument analogue à la trace d'un lien fortement serré. — *Pied droit*. La troisième phalange du deuxième orteil, la phalange unguéale du gros orteil manquent.

— *Pied gauche*. Le pli cutané correspondant à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange du troisième orteil est profond et beaucoup plus marqué que les autres. Le corps de l'enfant a été conservé.

OBSERVATION V 1880 (résumé du même).

Ténanikaputi, femme de 20 ans, bien portante, née à Panaupa. — *Main droite*. Index, les deux tiers supérieurs de la première phalange existent seuls. La chute date de moins de quatre ans, elle a débuté par un étranglement circulaire identique à celui qui enserre maintenant le médius et l'annulaire. — *Main gauche*. La dernière phalange du petit doigt manque, l'index, le médius, l'annulaire sont représentés par un tronçon terminé par trois tubercules. — *Pied droit*. Normal. — *Pied gauche*. La troisième phalange n'existe qu'au niveau de la base de l'ongle.

OBSERVATION VI 1880 (résumée du même).

Térangatoa, homme de 25 ans, né à Panaupa, bien constitué et fort. — *Main droite*. Pouce normal. Les tronçons des autres doigts sont plus ou moins syndactylés. De l'auriculaire, reste la première phalange et une partie de la deuxième. Le tronçon de ce doigt est isolément mobile et à peu près indépendant. L'index, le médius et l'annulaire sont réunis en un tronçon commun ayant une forme triangulaire. Les pieds et la main gauche sont bien conformés.

Voici donc un enfant de deux ans (observ. III) qui présente des symptômes de la maladie à plusieurs degrés portant sur les doigts et les orteils. Le sillon que l'on remarque à la phalangette de l'auriculaire droit date de la naissance et s'est creusé peu à peu. Le deuxième orteil du

même pied en présente un semblable. Il est plus considérable aux trois orteils suivants qui offrent des vestiges d'amputations de la dernière phalange. Il est facile de conclure après la seconde observation, la première suffisant à montrer que l'aïnhum peut être congénital, qu'il frappe indistinctement la main ou le pied et qu'il ne saurait jeter son dévolu sur le cinquième orteil plutôt que sur les autres doigts.

Que nous enseigne du reste da Silva, dans le cours de son article (*loc. cit.*) sinon que la maladie est fort longue, que les gens qu'elle afflige, ignorent même ce que valent plusieurs mois par rapport à des années, qu'ils sont négligents de leur personne et que le début est ignoré ou incertain. M. Fontan ne fait que confirmer cette manière de voir. « Je me souviens, dit-il, d'un jeune Néo-Hébridais de 16 à 18 ans, je remarquais un jour que le gros orteil faisait défaut à gauche et je l'interrogeai. Une fois, il me répondit que l'orteil était tombé seul quand il était tout enfant, une autre fois qu'il ne se souvenait plus de la date. Celui-là était intelligent et parlait un peu français. Qu'on juge des autres ! » (*loc. cit.*).

AMPUTATIONS CONGÉNITALES

Les amputations anciennes dont les noirs offrent souvent des traces aux pieds et aux mains, sont imputables à l'aïnhum soit de l'enfance, soit de la vie intra-utérine. Quant à ce qui est du siège de la maladie, très souvent, le quatrième orteil partage le sort du cinquième, et la lettre du Dr Potoppidam (*loc. cit.*), dont je traduis un passage parce que la date n'en est pas encore trop lointaine est assez affirmative à ce sujet : « J'observe maintenant un cas bien caractérisé, chez une vieille négresse, la maladie a attaqué symétriquement, les quatrièmes doigts des deux pieds ; du côté droit, le mal était plus avancé, l'orteil était tombé, de l'autre côté existe un sillon annulaire près du pli digito-plantaire. Quel a été le début de l'affection, je ne puis l'établir, la malade est une vieille femme, amenée d'Afrique en qualité d'esclave ; elle affirme seulement qu'elle a toujours marché nu-pieds et qu'elle souffre depuis un laps de temps qu'elle ne peut préciser. »

De son côté, M. Béranger Féraud (Guyot, *loc. cit.*), a souvenance de négres de Gorée qui n'avaient aux pieds que les pouces, ils avaient perdu tous les orteils.

Les faits empruntés à M. Guyot dont nous avons donné le résumé dans le paragraphe précédent semblent être un terrain de transition qui conduit insensiblement vers les amputations congénitales. Il est facile en effet de voir plus loin quelle analogie existe entre les malades de MM. Lanne-

longue, Trélat ou Fontan et ceux de Guyot. Les orteils, les doigts de la main sont atteints, mais aussi des segments de membres plus importants. Qu'il nous soit permis de citer encore ici les observations les plus aptes à faire valoir ces arguments avant d'étudier le processus lui-même, son sillon et sa marche habituelle.

OBSERVATION VII (Résumée de M. Lannelongue).

Enfant né à Saint-Didier, 29 août 1881. Pas de difformité chez les ascendants. A sa naissance, il existe sur la jambe droite, à l'union du tiers moyen avec les deux tiers supérieurs un sillon profond qui a divisé les parties molles jusqu'au squelette. Ce *sillon s'est creusé* de près des deux tiers de sa profondeur dans un intervalle de deux mois et demi. Le pied est dévié en varus, les cinq orteils en sont amputés et présentent des moignons cicatrisés. Les trois premiers orteils du pied gauche se terminent par des moignons aplatis ou conoïdes. A la naissance, les extrémités de ces orteils existaient encore, elles se trouvaient reliées par un pédicule qui s'est aminci peu à peu, et *quinze jours après*, les doigts tombaient successivement. Le quatrième orteil présente un sillon demi-circulaire qui occupe la face dorsale, il a un millimètre de profondeur. L'index de la main gauche présente une amputation de la troisième phalange et les autres doigts, sauf le cinquième, des sillons circulaires ou demi-circulaires. Au-dessus du sillon, les doigts sont normaux, au-dessous, ils sont déformés, augmentés de volume. Comme à la jambe droite, les sillons se *sont creusés depuis la naissance*, le travail d'exérèse a donc continué son œuvre de destruction » (*In arch. génér. de médéc.*, janv. et févr. 1822).

OBSERVATION VIII

(Résumée des *Mémoires de Chirurgie* de M. Verneuil, t. I, p. 601).

Enfant de 22 mois, hydrocéphale, présentant les lésions suivantes :

Membre inférieur droit. — Un sillon circulaire complet, profond de 8 millimètres, étrangle la cuisse à deux travers de doigt au-dessus du genou. Pied bot, varus équin, non réductible, non paralytique.

Membre inférieur gauche. — Pied bot, valgus réductible, paralytique. Le quatrième orteil présente sur la phalangine un sillon circulaire complet de un millimètre de profondeur. Sur le troisième orteil, existe un sillon semblable à la base de l'ongle. *Membre supérieur droit.* Médus formé d'un moignon ne contenant que la première phalange. *Membre supérieur gauche.* Soudure par leur extrémité des doigts du milieu, et le pont cutané qui les unit ne siège qu'au niveau des phalanges.

OBSERVATION IX

(Tradu. par Beauregard, *thèse de Paris* 1875. Résumée de Menzel).

Nous eûmes l'occasion de voir le 23 février 1873, une affection singulière des pieds et des mains chez une femme de 44 ans. *Main droite.* Le médus est réduit à un gonflement arrondi de la dimension d'un petit œuf de poule que réunit au métacarpe un mince pédicule à peine de la grosseur d'une plume. Le pédicule offre une certaine laxité qui permet de faire tourner le doigt sur son axe et de lui donner des mouvements de latéralité. Il n'y a pas d'ulcération. Le médus est d'un pouce environ plus court que l'index. L'ongle a la forme d'une griffe et au milieu de la deuxième phalange on trouve un sillon circulaire plus profond sur la face interne et dorsale du doigt. Le pouce est normal. Mais les quatrième et cinquième doigts se réduisent à un court moignon formé par les premières phalanges. *Main*

gauche. Pouce et index normaux, médus et annulaires remplacés par deux courts moignons, dans lesquels existent des rudiments de la première phalange. L'auriculaire offre une phalange complète, et une portion de la phalangine sur laquelle l'épiderme en un point s'est induré de manière à simuler un ongle. *Pied gauche.* Le pied gauche offre une soudure de tous les orteils, les trois premiers de ces organes n'ont pas d'ongles. *Pied droit.* Les ongles manquent à tous les orteils. Le premier et le deuxième orteil semblent soudés au milieu de leur première phalange.

La malade, Joanna Cyerkaty, âgée de 44 ans, née en Istrie, était venue au monde avec ces déformations. *Le pédicule du médus droit était alors solide. Il n'y a que six mois qu'il est constitué seulement par des parties molles.* A la suite d'un traumatisme, la phalange se fractura et peu après l'entrée de la malade à l'hôpital, on fit l'amputation du médus.

Examen anatomique. — Peau épaissie, couches profondes formées de cellules en faisceaux. La masse du gonflement consistait en un tissu conjonctif dans lequel on rencontrait de nombreuses gouttelettes de graisse. Nulle part il n'y avait de prolifération cellulaire. Les vaisseaux, les veines surtout, présentaient un notable épaississement de leurs parois. Les lamelles osseuses étaient amincies, les sels calcaires manquaient.

OBSERVATION X.

D'après Wensen Grüber, de Saint-Pétersbourg (trad. *loc. cit.*).

Main droite. Lésions congénitales. — Le pouce et l'index sont normaux, le médus présente trois phalanges et un ongle. Il est étranglé à sa base par une rainure située au niveau du pli palmaire et par conséquent, sur la continuité de la première phalange. Cette rainure est profonde, s'étend jusqu'aux parties tendineuses du doigt, la peau y est lisse et immobile. En dessous de la rainure, on voit une augmentation de volume qui occupe la deuxième phalange, renferme du

tissu adipeux dû au développement anormal de la couche sous-cutanée. L'annulaire est formé par un moignon mousse et arrondi ne contenant qu'une phalange. L'auriculaire présente un sillon circulaire profond, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Il y a épaissement de la peau depuis le sillon jusqu'à l'ongle.

Main gauche. — Pouce, index et auriculaire normaux; le médius ne contient que deux phalanges. A sa base, il présente un sillon analogue à celui du médius droit et il est légèrement hypertrophié. L'extrémité onguéale de l'annulaire paraît aussi atrophiée.

OBSERVATION XI.

(Empruntée à M. Fontan. *Archiv. méd. nav.*, t. 37, 1882).

(Lésions congénitales).

Un enfant de 21 jours en traitement aux Enfants Assistés pour une affection différente, présentait aux deux mains des amputations spontanées et des sillons constricteurs dont M. Parrot se hâta de faire prendre les moules.

Main droite. — Il existe un sillon parfaitement circulaire complet, identique à celui de l'aïnhum des races colorées, siégeant sur le milieu de la première phalange de chacun des cinq doigts. Ces sillons sont complets et isolés pour chacun des doigts. Ils ne sont pas tous situés absolument au même niveau; de sorte qu'ils semblent reproduire l'empreinte de cinq anneaux isolés et non d'une ligature unique. L'index est transformé à partir du sillon, en une tumeur ovoïde, allongée, à surface lisse et que les médecins brésiliens eussent pu comparer à une petite patate. L'extrémité onguéale de l'index est moins distendue que le reste du doigt, et émerge à l'extrémité de la tumeur. La main, ainsi que toute la portion des doigts située au-dessus des sillons constricteurs, est absolument saine.

Main gauche. — Des amputations spontanées siègent sur le pouce et les deux premiers doigts. Ces trois moignons, bien conformés, contiennent une phalange et demie chacun et le plâtre présente à leur

extrémité quelques légères stries qui sont probablement l'empreinte de cicatrices. Le reste de la main est absolument sain. L'enfant a vécu, mais a été perdu de vue.

OBSERVATION XII (résumée de M. Fontan).

Bouton, cordonnier, âgé de 23 ans, entre le 15 novembre 1881, dans le service de M. Trélat (Necker) pour un ulcère au pied droit. Ce jeune homme porte à chaque jambe un sillon constricteur, siégeant à 12 centimètres environ au-dessus des malléoles. Il est atteint aussi de diverses lésions aux deux pieds. Le malade s'est toujours connu ainsi; les sillons constricteurs lui paraissent rester au même point depuis la première enfance.

Vers l'âge de 7 ou 8 ans, deux orteils du pied droit sont tombés spontanément. Sauf l'époque de la chute des doigts, il a toujours bien marché et avait une bonne santé. Son père vient confirmer ces renseignements. Le mal est congénital, et c'est, dit le vieillard, un don de famille, il eut une autre enfant, une petite fille qui n'a pas vécu, et avait une main mal faite au bout d'un bras trop court. Un troisième enfant, âgé aujourd'hui de 8 ans, est chétif, mais il n'a point de malformation. Lui-même et la mère du jeune homme ne présentent non plus rien de semblable.

État actuel. Jambe droite. — Sillon circulaire profond, disposé comme un bracelet, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du membre, siégeant à 11 cent. des malléoles, étranglant le membre jusqu'aux os sur lesquels la peau est immédiatement appliquée. Ce sillon est assez large à sa surface, tandis qu'au fond il devient presque linéaire. Il ressemble à l'empreinte que l'on produirait en appliquant une ligature serrée, faite d'une forte ficelle et dont on écarterait les bords. Toute la portion du membre située au-dessus du sillon est absolument saine quoique légèrement amaigrie. Au-dessous, l'extrémité de la jambe est renflée brusquement comme certaines bouteilles à goulot court. La peau est fine et blanche et la partie présente une mollesse souple ana-

logue à celles des lipômes. Les os sont masqués par cette couche molle par la palpation, on s'aperçoit qu'ils ont diminué de volume ; au-dessous des malleoles le gonflement cesse peu à peu et le pied, petit, présente une peau fine qui semble presque collée sur le massif osseux. Il n'y a dans toute cette région, ni varice, ni aucune inégalité des téguments. La face plantaire seule présente deux ulcérations qui se sont fait jour sous des phlyctènes et offrent tous les caractères du mal perforant. Les orteils manquent presque complètement, il reste une phalange du gros orteil sur leurs moignons, on ne distingue pas de cicatrices.

Jambe gruche. — Sillon circulaire peu profond, plus prononcé au niveau du péroné, auquel la peau amincie adhère, formant en arrière une simple dépression sous laquelle on sent que les muscles ont conservé à peu près leur épaisseur et leur liberté. La jambe entière est bien conformée, ainsi que le pied. Le gros orteil présente un raccourcissement équivalent à la perte de la phalange. Il a un moignon d'ongle informe. Ce jeune homme ne porte aucune autre malformation aux membres supérieurs, rachis, etc.

L'observation que nous allons citer maintenant, est celle qui a été l'occasion de ce travail. Il nous a été donné de la recueillir à la consultation de salle, dans le service de M. Verneuil, à la fin d'avril de cette année, alors que le professeur de la Pitié était suppléé par M. Paul Reclus. Depuis, nous avons plusieurs fois visité l'enfant au domicile de ses parents, 195, avenue de Choisy.

OBSERVATION XIII (personnelle).

La nommée Delapierre se marie à 19 ans, en 1873. Son enfance n'a été troublée, assure-t-elle, par aucun incident morbide, pas de fièvres éruptives, pas de manifestations extérieures pouvant faire penser à la scrofule ni à d'autres diathèses. D'une constitution robuste,

cheveux noirs, dents régulières et saines, teint coloré, bien musclée, cette dame affirme avoir joui en tout temps d'une excellente santé.

On ne retrouve chez ses parents aucun antécédent douteux, ils habitaient la campagne, ont vécu jusqu'à un âge avancé, mais leur fille trop jeune alors ne peut indiquer la cause de leur mort ; elle ne se rappelle pas avoir jamais observé chez eux de traces de malformation. Membre d'une famille nombreuse, elle a eu 18 frères ou sœurs dont 8 survivent, les 10 autres ont succombé à des affections inconnues pour elle, ou dont elle n'a pu conserver le souvenir, vu son extrême jeunesse à cette époque.

Depuis son mariage, elle habite Paris où elle exerce la profession de couturière. Son mari, originaire de Saint-Julien (Bourgogne), d'un tempérament fort, a aujourd'hui 34 ans, et est employé à la Halle aux vins depuis sa quatorzième année. Malgré le soin avec lequel nous interrogeons cet homme sur son état sanitaire avant son mariage, nous ne pouvons que rester dans le doute au sujet d'antécédents syphilitiques, mais sa profession nous laisserait le droit de soupçonner quelques habitudes d'alcoolisme, bien qu'il s'en défende énergiquement.

Au mois d'août 1874, premier accouchement qui se termine d'une façon aussi heureuse que rapide (travail de quatre heures), enfant du sexe masculin se présentant par le sommet (d'après les indications de la mère). Celui-ci n'a jamais été malade, est vigoureux aujourd'hui et de plus parfaitement conformé. La jeune femme se rétablit très vite de ses couches, se lève après huit jours, vaque à ses occupations d'intérieur et allaite son enfant pendant un an.

En mai 1878, naissance d'une fille aussi bien conformée que son frère (deux heures de souffrances à peine), et rétablissement rapide de la mère qui est nourrice encore une fois.

Enceinte de six mois en août 1882, elle fait sur le côté gauche une chute de quelques marches dans un escalier ; sauf une émotion légère, elle ne ressent aucun autre phénomène fâcheux. Sa grossesse continue, ne la détournant nullement de ses habitudes de travail et malgré son état avancé, elle se sert d'une machine à coudre.

Le 29 novembre 1882, elle donne le jour à un troisième enfant, c'est une petite fille sur laquelle nous allons revenir dans un instant. Comme pour ses deux premiers nés, l'accouchement se termine bien, malgré un travail un peu plus prolongé (présentation du siège). Quelques jours après, son état général est satisfaisant, néanmoins la sécrétion lactée s'établit mal, et bientôt la jeune mère est obligée d'avoir recours à une nourrice mercenaire.

État de l'enfant. — Petite fille âgée de 7 mois maintenant qu'il ne nous est pas donné de voir à la naissance. Sa mère et sa nourrice affirment qu'elle n'a jamais été malade et qu'elle s'est toujours bien entretenue.

Elle paraît jouir en effet d'une santé florissante, grasse, fraîche, la peau bien remplie, teint coloré comme la mère, pleine de vivacité et assez grande pour son âge. La tête est bien venue, régulière, d'une grosseur moyenne, les mains et les bras n'offrent rien de spécial, l'abdomen enfin est celui de tout enfant sain, il n'a qu'un développement tout à fait normal.

En jetant les yeux sur les membres inférieurs, on demeure frappé d'une altération étrange. Le membre gauche est tout entier dans la rotation en dehors, la cuisse est semblable à sa congénère, la peau a conservé sa coloration, mais à peu près à l'union du tiers inférieur de la jambe avec les deux tiers supérieurs, s'offre aux regards un sillon complet, circulaire, profond, en tout semblable à celui qu'aurait produit un lien constricteur excessivement serré.

Ce sillon, fortement creusé, étrangle pour ainsi dire le membre de la petite malade et pour en mesurer la profondeur, on est obligé d'écarter les surfaces opposées qu'il a séparées en se produisant, surfaces qui sont adossées à elles-mêmes comme deux bourrelets. Dans le fond de cette singulière dépression qui ne mesure pas moins d'un centimètre, on constate une légère desquamation épidermique, peut-être aussi une légère coloration rose et une sécrétion assez semblable à celle si connue de l'intertrigo. En cherchant bien, on découvre les os ; toutes les parties molles se trouvent donc interrompues par ce lien invisible. Le segment supérieur de la jambe est bien nourri, on ne

peut y remarquer de trace d'atrophie, la peau est fine, lisse, rosée, doublée de tissu adipeux comme celle des autres parties du corps et en général celle des enfants à la mamelle; tout au plus au voisinage de l'étranglement, remarquerait-on en y regardant de bien près, quelques fines arborisations veineuses.

Le segment inférieur est un peu différent; ici l'œdème est manifeste sans avoir un degré bien considérable, il siège à la partie antérieure aussi bien que sur les parties latérales et postérieures, au-dessus des malléoles et s'accompagne d'une coloration blanchâtre légèrement teintée de violet. La sensibilité est partout bien conservée et si l'on vient à pincer même très doucement le membre de l'enfant, elle le retire aussitôt.

Sur la face dorsale du pied, on constate une tuméfaction sans œdème vrai, offrant plutôt la consistance lipomateuse et siégeant sur toute la région tarso-métatarsienne. L'extension du pied devient impossible au delà de l'angle droit, la flexion est au contraire très facile et peut être portée jusqu'au contact de la face dorsale des métatarsiens avec la jambe. Comme je l'ai indiqué au début, le membre est tout entier dans la rotation en dehors; on peut aisément réduire cette déviation, quitte à la voir se reproduire dès que l'on abandonne le membre à lui-même,

Le membre inférieur droit est bien conformé à l'exception du pied sur lequel on remarque un pied bot varus complet avec enroulement en volute. L'astragale regarde en dehors. Le pied est beaucoup moins long que celui du côté opposé. On rencontre enfin une autre malformation intéressante du côté des orteils. Les trois doigts du milieu sont syndactyles dans les deux premières phalanges, la troisième est libre et il existe un ongle pour chacun des doigts. Entre le troisième et le quatrième métatarsien, en un point qui correspond à l'interligne métatarso-phalangienne, on voit très facilement, un petit cul-de-sac en forme de fente longitudinale, qui indique un commencement de division rudimentaire.

Maintenant que nous avons relaté des observations qui

nous paraissent concluantes, nous nous croyons mieux en mesure d'établir un parallèle entre les amputations congénitales de l'Europe et les sillons constricteurs exotiques amputants dont le terme fatal est la section de l'organe frappé.

Pour cela, il est nécessaire d'abandonner toute idée préconçue comme je l'ai déjà laissé entrevoir dans le courant de cette étude et de ne pas accepter sans examen les raisons non démontrées que fournissent à cet égard les partisans absolus de l'aïnhum.

Nous avons vu sur quelles données fragiles étaient basées la localisation aux pieds, au cinquième orteil, alors que les mains sont prises aussi souvent (Observ. III, IV, V, VI), la manifestation de la maladie chez l'adulte seul, alors que l'enfance n'est pas plus épargnée (Observ. III, VII, VIII, etc). Ce qu'on a appelé aïnhum peut être comparé aux amputations congénitales et à certaines sclérodermies, mais c'est seulement en suivant la forme, la marche, l'anatomie de ces affections, que l'on retirera tout l'avantage que comporte ce rapprochement au point de vue scientifique et thérapeutique.

Le cas de M. Lannelongue, celui dont parle Fontan, l'histoire de la petite Delapierre (Observ. VII, XI et XIII) sont autant de preuves pour que le sillon ou l'amputation effectués dans les unes ou en voie de progression dans les autres, ne reconnaissent qu'un processus unique à des degrés différents et que ces lésions aient pris naissance pendant la vie intra-utérine. Dans d'autres cas, la chute des orteils n'avait pas eu lieu et cette séparation ne s'effectue

par les progrès du mal que quinze jours après l'accouchement (Observ. VII).

Mais avant d'atteindre le terme fatal, la maladie a dû passer par une autre phase, celle de tuméfaction à laquelle succédera la dégénérescence graisseuse. En résumé, trois points doivent être examinés : 1° Le sillon ; 2° La dégénérescence graisseuse ; 3° La chute de l'organe.

I. — *Sillon*. — Presque toujours circulaire, lorsqu'il est établi depuis un certain temps, la marche en est remarquable au début lorsqu'on peut en surprendre l'évolution ; tantôt en effet, il commence aux pieds par la face plantaire et interne (Observ. III), tantôt aux mains par les faces dorsales et internes (Observ. VII). S'il siège sur un segment de membre plus volumineux, il est d'ordinaire profond et complet (Observ. VIII de M. Verneuil et VII, XII, XIII). Comme il résulte des faits, la peau est fine, présentant à peine quelques exfoliations épidermiques au fond du sillon, qui semble vouloir détruire les os après avoir étranglé les parties molles ; ces derniers présentent un tissu raréfié, infiltré de graisse qui tend à augmenter leur friabilité.

Faut-il attribuer à une cause mécanique le cordon fibreux développé dans les couches profondes du derme, faut-il y voir le résultat de brides placentaires comme l'avait indiqué Montgomery (loc. cit.) et comme certains auteurs l'admettent encore aujourd'hui, ou l'action momentanée du cordon ombilical *in utero* ? Comment alors expliquer la persistance de la constriction après la naissance, lorsque toute ligature aura disparu ? Comment supposer assez d'intelligence à des filaments qui s'enrouleraient isolément autour de chaque orteil ou de chaque

doigt, formant trois ou même quatre étranglements sur des segments de membres comme chez les sujets de MM. Guyot, Lannelongue ?

Pour ce qui est de la striction par le cordon, et pour que cette opinion ne soit pas erronée, il faudrait, comme l'a si bien exposé M. Verneuil dans sa clinique du 7 mai de cette année : 1° qu'il restât bien longtemps en place pour imprimer au membre un sillon aussi profond. 2° qu'il fit une spire complète pour produire une section en rave, or il ne peut former une circulaire mais seulement un enroulement en spirale. Nous ajouterons, la gangrène ne serait-elle pas inévitable après une semblable ligature, et cependant on ne la retrouve dans aucune observation.

II. — *Dégénérescence graisseuse*. — L'aspect lipomateux qui se remarque sur les organes envahis (obs. XII et XIII) ne se montre pas dès le début de la maladie, ce n'est que tardivement, lorsque la nutrition est entravée par un lien suffisamment serré que peu à peu la partie sous-jacente au sillon perd son aspect normal. En effet, chez les sujets qui présentent des lésions multiples à divers degrés, les unes sont avancées, les autres ne sont que le début du mal et chez ces dernières, les doigts frappés par une portion de sillon ou une dépression peu accentuée, paraissent avoir conservé leur physionomie habituelle. Nous avons vu que chez les malades des brésiliens, l'affection avait une durée indéterminée et en tous cas fort longue, ici nous ne pouvons que constater le même phénomène. La forme du gonflement est seulement un peu différente si l'on considère le pied de notre fillette par exemple (observ. XIII), l'orteil de Joaquim (ob. II) ou le doigt de Marie Aubry

(ob. XIV). Entre la petite patate de Da Silva et la carotte à sommet tronqué du professeur Verneuil, il n'y a, je crois, que de légères nuances d'interprétation.

En somme, au-dessus de l'anneau constricteur, dégénérescence graisseuse du tissu cellulaire sous-cutané; dans les os, même infiltration avec raréfaction du tissu osseux par suite de la perte des phosphates, et disparition inhérente à toute nutrition incomplète.

III. — *Chute de l'organe.* — Il arrive très souvent, comme les récits des auteurs en sont une preuve, qu'une ou plusieurs cicatrices sont visibles, soit sur les doigts, soit sur les orteils; aux uns, il manque une phalange, on constate la disparition totale des autres, dès lors tout contrôle du début devient impossible. Il est, du reste, moins important qu'on pourrait le penser, car, lorsqu'il a été facile de suivre pas à pas les progrès des amputations, quel auteur a pu fournir une explication inattaquable ou tout au moins satisfaisante de ce phénomène? Les uns confessent franchement leur ignorance, les autres se retranchent derrière la résorption osseuse. Les orteils tombent après un certain temps, les doigts ont le même sort. Que peut-il advenir d'un sillon identique siégeant sur le tibia? Jusqu'ici, par suite de circonstances accessoires au moins dans les faits que nous connaissons (cas de Bouton, mal perforant), il a été difficile de se prononcer, néanmoins pour l'enfant de M. Lannelongue (Observ. VII), la dépression s'est creusée des deux tiers en deux mois, pour la nôtre (Observ. XIII), elle s'est accentuée comme nous le verrons lorsque nous arriverons à parler du traitement. Après avoir assisté à l'amputation absolument fatale de tous les doigts frappés

d'exérèse, nous ne pouvons croire à la disparition du processus. C'est donc une question de temps et aussi de résistance de la part de l'organisme du *sujet*.

Quelle marche suit l'aïnhum, par quels symptômes se manifeste-t-il ? Son sillon présente-t-il des différences anatomiques avec celui des amputations ? L'aïnhum ou la maladie désignée sous ce nom, a la même marche, ses symptômes sont les mêmes, sa dépression annulaire est identique. Un simple aperçu des observations précitées suffit pour démontrer cette identité. Comme le dit M. Fontan (*loc. cit.*), « pour les cas qui ne sont pas ou paraissent pour la plupart n'être pas congénitaux, en quoi sont-ils dissemblables de ceux qui en Europe se montrent dès la naissance ? En rien si ce n'est par l'origine, précisée ici et inconnue là-bas, l'affection est partout la même, les lésions anatomiques semblables, le résultat pareil. »

La syndactylie est un phénomène accompagnant souvent les lésions que nous étudions, elle existe dans notre observation et dans celles de Guyot. Il en est fait mention dans le cas de Menzel et celui du professeur Verneuil, enfin M. P. Reclus a appelé l'attention sur ce point (*loc. cit.*). On sait, dit-il, que la segmentation se fait sur l'embryon de l'extrémité onguéale vers le métacarpe. Il faut donc admettre que, dans les cas où la commissure est libre, il s'agit d'une syndactylie acquise pendant la vie intra-utérine. Les doigts, déjà individualisés se seront ulcérés sous l'influence de quelques troubles trophiques. » Il nous semble que les pieds bots que l'on rencontre également quelquefois (Obs. VII, VIII et XIII doivent être imputés à la même cause).

SCLÉRODERMIE

Jusqu'ici, au moins chez la race blanche, nous ne nous sommes occupé que des enfants, à une exception près. Voyons ce qui se passe chez l'adulte alors qu'un sillon constricteur vient étreindre un doigt, un orteil ou même le segment d'un membre.

Ce sillon n'est pas en général aussi net que celui dont nous avons parlé précédemment. Néanmoins comme on va le voir, les auteurs l'ont étudié et M. Verneuil mieux que personne dans le cas de Mirault d'Angers (*loc. cit.*) et dont voici le résumé :

OBSERVATION XIV

Marie Aubry, 38 ans. Enfance malade. A 36 ans, attaque prolongée de rhumatisme généralisé. Père, mère, huit frères ou sœurs tous de bonne constitution, sauf un, qui était rhumatisant. Habitation basse et humide. L'affection débuta par des douleurs articulaires dans l'annulaire de la main droite. Ces douleurs s'exagéraient par les mouvements et s'irradiaient jusqu'à l'aisselle. Au bout de trois ans, le doigt doublait de volume, avait pris une forme conique qui le faisait ressembler, dit M. Verneuil, à une carotte à sommet tronqué.

L'extrémité onguéale formant l'extrémité de ce cône, était restée à peu près normale. A la base du doigt, ce gonflement cessait brusquement au niveau du sillon profond qui semblait résulter d'une ligature fortement serrée et placée sur la continuité de la phalange. Le doigt tuméfié, offrait une consistance ferme, rénitente ; la peau était lisse, sans tache ni cicatrice, mais présentant un aspect de légère inflamma-

tion. Le fond du sillon ulcéré laissait voir les tendons fléchisseurs. Au-dessus du sillon, les parties étaient saines. Des souffrances très-vives dans les articulations métacarpo-phalangiennes déterminèrent à amputer le doigt. La plaie mit 18 mois à se cicatriser. Le médius droit subit le même processus qui entraîna, en cinq ans, le même résultat. La plaie mit deux ans à se cicatriser. L'indicateur droit se prit plus tard, et fut amputé. Le jet de sang fut faible, et l'artère collatérale externe seule dut être liée. La cicatrisation se fit par première intention ; mais la cicatrice se rompit et resta ulcérée pendant des mois. Le médius gauche fut pris et détruit de la même façon.

Enfin, l'annulaire offrit un sillon peu profond et non ulcéré sur lequel on fit, parallèlement à l'axe du doigt, quatre débridements qui levèrent l'étranglement et enrayèrent le mal.

Le doigt fut conservé, mais resta raide et difforme. La main droite, privée des trois doigts, resta érysipélateuse, avec des phlyctènes suppurantes et des croûtes ressemblant à de l'eczéma impétigineux. Pendant cette période de 15 ans que dura la maladie, deux ulcères de 2 à 12 centimètres de diamètre se sont montrés sur les avant-bras. Ils ont été pendant plus de 3 ans rebelles à tous les traitements, et ont fini par guérir spontanément sous une influence inconnue.

Anatomie pathologique. — La forme du doigt est très bizarre et toute spéciale, jamais en effet les inflammations aiguës ou chroniques n'amènent dans l'appendice digital de semblables déformations ; l'extrémité terminale n'a pas éprouvé de trop grands changements, mais à partir de la dernière articulation phalangienne, l'augmentation de volume devient très-sensible et se continue toujours croissant jusqu'à la base. Celle-ci se termine brusquement pour atteindre le sillon circulaire qui coupe perpendiculairement le doigt au niveau du pli palmaire métacarpo-phalangien.

Dans ses quatre cinquièmes inférieurs, le doigt, qu'on me passe cette comparaison vulgaire, ressemble tout à fait à une carotte ou à un navet tronqué ; au contraire au-dessus du sillon, et vue du côté de la face dorsale, la racine de l'indicateur offre des dimensions tout à fait normales..... ♦

.... Plus loin, il ne faut pas méconnaître, nous dit le savant commentateur, le rôle qu'a pu jouer dans la production des douleurs, l'anneau fibreux rétracté qui occupait la racine de certains doigts. En effet, les souffrances augmentaient aussitôt, chaque fois que l'étranglement se montra.

.... On constate un tassement de tous les tissus sous-cutanés qui adhèrent à la peau, aux tendons et aux os dans le doigt amputé. Quant aux sillons annulaires, M. Verneuil y voit une forme de sclérodémie qu'il appelle à *forme circulaire*. »

En 1875, la malade était dans le même état. (Beauregard, thèse de Paris 1875). Après la lecture de cette observation si nette, de lésions anatomiques si accusées et qui ont tant d'analogie avec celles de da Silva, il me paraît difficile de se ranger à l'avis du médecin brésilien, malgré les raisons qui lui semblent convaincantes. L'argument le plus valable d'après lui, c'est que le gonflement brusque et considérable qui se manifeste au-dessous du sillon va en s'atténuant vers l'extrémité onguéale, chose qui ne saurait se voir sur l'orteil frappé d'aïnhum.

Cette forme n'est que naturelle et s'explique aisément selon nous, si on songe à la manière d'être des organes. Le doigt est en effet effilé et diminue progressivement vers l'extrémité de l'ongle, l'orteil au contraire se termine en massue. De là, les comparaisons très justes de petite pomme de terre attribuée par da Silva à la forme de l'orteil malade et celle de carotte tronquée invoquée par M. Verneuil à l'occasion du doigt de Marie Aubry.

Si on examine la lésion la plus importante, le sillon, la bague fibreuse qui le constitue a certes de grands droits à être rapprochée de certaines variétés de sclérodémie. Par

quoi se trouve formée sa partie la plus profonde, sinon par une plaque de sclérodermie, sclérodermie localisée, c'est vrai, mais ne connaît-on pas déjà la sclérodermie en plaque, en gantelets des auteurs ? Pourquoi ne pas admettre alors une autre forme qui caractériserait mieux la lésion, la sclérodermie à *forme circulaire* de M. Verneuil ou *annulaire* de M. Fontan.

Dans l'ignorance où nous sommes de l'étiologie, il est sage, je crois et c'est une opinion « ingénieuse et fort acceptable », d'admettre avec le professeur de la Pitié qu'il ne s'agit dans tout cela que de troubles trophiques sous la dépendance directe du système nerveux central.

Si j'ai tenu à faire connaître en dernier lieu l'observation de l'arabe Saïeb que j'emprunte à M. Fontan (*loc. cit.* p. 189) c'est qu'elle me paraît renfermer les trois lésions dont je me suis efforcé de montrer la parenté. On y verra que : 1° le pied droit est frappé d'amputations spontanées ; 2° que l'index de la main gauche est atteint du même processus, processus qui ne serait certes pas désavoué comme aïnhum par ceux qui l'admettent sur les doigts ; 3° que l'atrophie de plusieurs doigts de la main et du pied gauche s'est effectuée sous l'influence de tractus et de plaques de sclérodermie.

OBSERVATION XV

(Toulon, janvier 1882. Fontan *loc. cit.* p. 189).

Saïeb, arabe marocain, famille sémite, âgé de 35 ans, porte à la main gauche et aux deux pieds des lésions complexes très remarqua-

bles ; la main droite est saine. *Main gauche.* Pouce sain, syndactylie des quatre autres doigts, n'occupant pas toute l'étendue de la première phalange. Sillon constricteur complet, étranglant l'index un peu au-dessus de l'articulation de la phalange avec la phalangine. L'étranglement va jusqu'à l'os, et à son niveau, il n'y a ni rougeur, ni ulcération, ni furfur.

Au-dessous, le doigt forme une petite tumeur ovoïde, molle au toucher, ayant la consistance d'un lipôme au centre duquel serait une tige osseuse. On y sent les deux dernières phalanges, petites, atrophiées et mobiles toutes deux. L'ongle disparu a laissé une empreinte en fer à cheval. Les trois autres doigts sont raccourcis, rétractés en griffe et terminés par une phalange onguéale atrophiée ; les ongles existent, et au niveau de leur matrice, on voit un sillon annulaire incomplet, qui se perd à la face palmaire au milieu de quelques traits d'induration irréguliers. Ces plis indurés ont amené la rétraction en griffe.

Pied droit. — Chaque orteil est réduit à un moignon semblant ne posséder qu'une phalange. Il existe des vestiges d'ongles. Les deux premiers moignons sont confondus en un seul qui porte deux ongles. *Pied gauche.* Le gros orteil est intact. Les quatre autres ont perdu chacun par atrophie ou amputation une portion de la phalangette. Les ongles sont conservés. Pas de cicatrices visibles.

Cet arabe, qui est de Fez, affirme que dans sa famille il n'y a point d'affection semblable. Du reste, il attribue ses mutilations à des blessures de guerre reçues il y a plus de vingt ans, alors qu'il était encore fort jeune. Dans son enfance, il n'avait à la main rien de semblable. Pour les pieds il est moins affirmatif. Il ne se plaint d'ailleurs ni de la main ni des pieds, n'en souffre pas ; il est venu pour se faire soigner d'une ophthalmie ancienne.

TRAITEMENT

Dans tous les cas semblables au nôtre, à quoi s'est bor-

née l'intervention des chirurgiens ? Les souffrances sont si vives pour Marie Aubry (obs. XIV) que les débridements dans l'axe du doigt d'abord et l'amputation ensuite sont les seules ressources. Da Silva nous dit dans son article (*loc. cit.*) avoir obtenu un succès à la suite de l'incision simple portée sur l'anneau constricteur tout à fait au début de la maladie. Pour Guyot, qui relate le procédé opératoire du médecin brésilien (*Progrès médical*, 7 mai 1881, p. 359), aucun moyen connu ne serait capable d'enrayer le processus.

M. Verneuil (clinique de la Pitié, 7 mai 1883) pense, que dans le cas particulier (observ. XIII), le jeune âge du sujet doit faire ajourner toute intervention ; qu'il faut laisser développer l'enfant jusqu'à un an, par exemple, car a-t-il dit, comment soustraire un nourrisson si jeune aux déjections, aux mauvaises conditions hygiéniques malgré même le traitement antiseptique le mieux fait.

A cette époque seulement, il conviendrait d'enlever complètement l'anneau et de faire la réunion immédiate des deux côtés de la peau. Par la suite, une petite cicatrice s'établirait, et le temps la relâcherait suffisamment pour permettre à la circulation de reprendre son cours. Dès lors, toute trace d'œdème disparaîtra et la nutrition du membre ne devra rien laisser à désirer.

M. P. Reclus termine par les réflexions qui suivent son article si intéressant de la *Gazette hebdomadaire* (n° 22, p. 364. 1^{er} juin 1883), il s'agit du traitement de la petite Delapierre : « La question va se poser bientôt pour la petite malade dont nous avons donné plus haut l'observation ; déjà le pied se déforme, il devient cylindrique et prend

l'apparence lipomateuse ; le sillon doit comprimer déjà les tissus contre le squelette de la jambe et pour peu que le tibia grossisse, muscles, tendons, vaisseaux et nerfs vont s'écraser sous la ligature.... Voici ce que nous comptons faire, si c'est à nous qu'échoit le soin de traiter la petite malade. Nous exciserons une bande de peau de 5 millimètres environ, à peu près dans la demi-circonférence du membre. Le tractus fibreux dermique et sous-dermique sera enlevé avec le plus grand soin. Puis nous suturerons les deux lèvres de la perte de substance, laissant aux deux extrémités une petite ouverture drainée par quelques crins de Florence.

Les téguments, souples et mobiles, permettront l'affrontement sans tension aucune. Nous surveillerons l'enfant, et si l'opération est efficace, si le sillon ne se reproduit pas au niveau de la suture, nous compléterons plus tard cette opération en enlevant la demi-circonférence qui restera du sillon primitif. »

Je ne puis que me rallier à l'opinion de deux maîtres que cette observation a su intéresser, je n'ai qu'un regret, celui de ne pouvoir dès maintenant donner le résultat d'une opération qui est encore à faire.

CONCLUSIONS

I. — L'affection à laquelle certains auteurs conservent encore le nom d'aïnhum n'est pas spéciale à la race nègre.

II. — Le processus des amputations congénitales et de la sclérodermie à forme circulaire ou annulaire est semblable au sien.

III. — Ces affections paraissent identiques et s'observent chez la race blanche à tous les âges.

IV. — Il est raisonnable de penser que ce ne sont là que des manifestations trophiques sous la dépendance du système nerveux central.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Wucherer.** — Wirchow's Arch. p. 374. Bd 36. Heft. 3, 1872.
Menzel. — Spontane dactylolyse (Arch. fur. clin. chir. vol. XVI, 1^{er} fasc.).
Rochard. — Arch. méd. nav. 1^{er} semest. 1871.
Despetis. — Thèse de Montpellier, de l'Aïnhum.
Cornil. — Soci. biol. 1870.
Corre. — Arch. de méd. nav. 1^{er} sem. 1879.
Bourel-Roncière. — Arch. de méd. nav. 2^e sem. 1877, p. 71.
Pereira Guimaraès. — Arch. de méd. nav. 1877. 2^e sem. p. 147.
Moncorvo de Figuereido. — Arch. de méd. nav. 2^e sem. 1876.
E. Rochefort. — Gazette hebdom. n° 48, 1881.
Ball. — Sclérodémie. Union méd. 1874.
Horteloup. — De la sclérodémie (thèse de Paris, 1865).
Lagrange. — Lésions osseuses de la sclérodémie (thèse de Paris, 1874).
Hillairet. — (Progrès méd. octob. et nov. 1878).
Lannelongue. — Amputat. cong. des auteurs (Arch. de méd. nav. janv. et février 1882).
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Physique. — Electricité animale. Loi du courant musculaire.

Chimie. — Caractères distinctifs, préparation et propriétés des iodures et des bromures.

Histoire naturelle. — Des bourgeons, de la préfoliation et de la préfloraison.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — De la cirrhose hypertrophique.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologique. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — Des différentes variétés d'appareils prothétiques applicables au remplacement des dents et dans les perforations de la voûte palatine.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs ; leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. De la médication antiphlogistique.

Hygiène. — De la sophistication du lait.

Médecine légale. — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

Accouchements. — Des présentations du tronc.

Vu par le président de la thèse,

VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD

